

## INDICAZIONE DA PARTE DEL MEDICO CURANTE PER SOMMINISTRAZIONE FARMACI IN ORARIO SCOLASTICO

Nel rilasciare le certificazioni i Medici dovranno dichiarare:

- stato di malattia dell'alunno
- prescrizione specifica dei farmaci da assumere, avendo cura di specificare se trattasi di farmaco salvavita o indispensabile;
- l'assoluta necessità;
- la somministrazione indispensabile in orario scolastico
- la fattibilità della somministrazione da parte dell'alunno;

Inoltre dovrà essere indicato in modo chiaro e leggibile:

- nome cognome dello studente;
- nome commerciale del farmaco;
- descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco;
- dose da somministrare;
- modalità di somministrazione del farmaco;
- i possibili effetti collaterali e gli interventi necessari per affrontarli
- modalità di conservazione del farmaco;
- durata della terapia.

Io sottoscritto \_\_\_\_\_,

in qualità di \_\_\_\_\_ (medico/pediatra/specialista)

Certifico che il minore da me seguito \_\_\_\_\_ (nome e cognome)

è affetto da \_\_\_\_\_

E pertanto necessita del farmaco \_\_\_\_\_ (nome commerciale) nel caso in cui

(descrizione dell'evento che richiede la somministrazione del farmaco)

---

---

---

---

Dose da somministrare: \_\_\_\_\_

Autosomministrazione da parte dell'alunno:

- sì  
 no

Modalità di somministrazione del farmaco:

---

---

---

Possibili effetti collaterali del farmaco ed interventi necessari per affrontarli:

---

---

---

---

---

---

Modalità di conservazione del farmaco:

---

---

---

Durata della terapia:

---

Preciso inoltre che si tratta di un farmaco

- indispensabile  
 salvavita

assolutamente necessario, la cui somministrazione in orario scolastico, nei casi indicati, risulta indispensabile.

\_\_\_\_\_, lì \_\_\_\_\_